DOCUMENT: 860-236/009

NATIONAL SYMPOSIUM ON HEALTH PROMOTION AND

DISEASE PREVENTION

The Road Ahead for Health Promotion and Disease Prevention

Milton Terris, M.D., M.P.H.

VICTORIA, British Columbia
March 12 - 15, 1989

90-00134/

PLEASE NOTE

This document is made available by the Canadian Intergovernmental Conference Secretariat (CICS) for education and/or information purposes only. Any misuse of its contents is prohibited, nor can it be sold or otherwise used for commercial purposes. Reproduction of its contents for purposes other than education and/or information requires the prior authorization of the CICS.

The Road Ahead for Health Promotion and Disease Prevention*

Milton Terris, M.D., M.P.H.**

The most serious defect of current public health policy—a global error which has affected Canada and every other country in the world—is the assumption that creating a national medical care system is equivalent to establishing a national health program. The confusion results in part from a conscious or unconscious desire to sell the product to the public. This is understandable but hardly commendable, since the technique used is strictly Madison Avenue, that is, misusing words to make things seem what they are not. Much the same comment applies to the increasingly fashionable term "health care system." As Kristine Gebbie, the health officer of the State of Oregon, has so aptly remarked, "It is regrettable that in the general discussion with the public, 'health care' is the euphemism for 'illness care' or 'treatment'" (1).

The confusion also results from the domination of public health policy in most countries by the medical profession, which is treatment-oriented. Unfortunately, also, many governments identify medical care as the most important aspect of health policy because it is politically the most popular; they pander to the opinion of the public, which, in its ignorance, follows the medical profession in focusing attention and concern on treatment services.

In the years preceding the establishment of the treatment-oriented British National Health Service, opinion in Great Britain appeared to be much clearer on this point. The British Medical Association, for example, stated that "greater attention should be paid to the economic, social, and environmental determinants of health." And in 1934 the London Labour Party's Health Research Group, which included such notable members as Herbert Morrison and Somerville Hastings, declared that "the three major causes of ill-health, in order of importance, were poverty, a defective environment, and inadequate medical care" (2).

Experience with the British and Canadian medical care systems has exposed the fallacy; equity in access to medical care has clearly failed to assure equity in health. In England and Wales, the inequality in mortality of social classes has actually widened since the establishment of the National Health Service. The two highest social classes (the professional and managerial classes) comprised 18%

* Presented to the National Symposium on Health Promotion and Disease Prevention, Victoria, B.C., Canada, March 13, 1989.

**Editor, *Journal of Public Health Policy*, 208 Meadowood Drive, South Burlington, Vermont 05403; Visiting Professor, Department of Preventive Medicine and Biostatistics, Faculty of Medicine, University of Toronto; Visiting Professor, Department of Social and Preventive Medicine, University of Montreal.

of the adult male population in 1951 and 23% in 1971; their standardized mortality ratio (SMR) fell from 91 in 1951 to 80 in 1971. The two lowest social classes (the semi-skilled and unskilled workers) comprised 29% of the adult male population in 1951 and 26% in 1971; their SMR rose from 110 in 1951 to 121 in 1971. The difference in SMRs more than doubled, increasing from 19 in 1951 to 41 in 1971 (3).

Nor has the Canadian medical care system achieved equity in health. Russell Wilkins and Owen Adams have calculated disability-free life expectancy for Canada in the late 1970s by income level (4). They found a stepwise progression by income level from the lowest to the highest fifth of the population:

Income Level (fifths)	Life Expectancy (years)	Disability-Free Life Expectancy (years)
Total	74.6	61.0
Lowest	71.9	54.9
Second	73.8	59.9
Third	74.7	62.7
Fourth	75.5	63.1
Highest	76.4	65.9

In the late 1970s in Canada, the difference in life expectancy between people in the lowest and highest income levels was 4.5 years; for disability-free life expectancy, the difference was 11 years. Poor people in Canada have, on the average, only 55 years of healthy life, that is, life free from disability, as compared with 66 years of healthy life for rich Canadians.

It is essential that governments understand that a truly effective national health program must take account of all the determinants of health. Those determinants include three elements (1) the standard of living, (2) prevention, and (3) medical care. Governments must also understand that medical care is the least important of these basic elements of a national health program.

THE STANDARD OF LIVING

An effective national health program is inconceivable without the achievement of a healthful standard of living for the entire population. The improvement of physical and mental health cannot be realized unless fundamental human needs are met.

This is hardly a new concept; it was fully understood by the great pioneers of public health. In 1913, Milton J. Rosenau said that "Preventive medicine dreams of a time when there shall be enough for all, and every man shall bear his share of labor in accordance with his ability, and every man shall possess sufficient for the needs of his body and the demands of health." The point was reiterated in 1920 when C.-E.A. Winslow included in his definition of public health "the development of the social machinery which will ensure to every individual in the community a

standard of living adequate for the maintenance of health" (5, 6).

A healthful standard of living requires a sharp reversal of the world's perverted priorities, turning away from the astronomical escalation of military expenditures toward realization of the following objectives: (1) full employment; (2) adequate family income; (3) better working conditions; (4) decent and affordable housing, including the elimination of homelessness and the blight of urban and rural slums; (5) good nutrition; (6) greater financial support to public education and the elimination of financial barriers to higher education; (7) improved cultural and recreational opportunities; (8) extension of participatory democracy so that ordinary citizens may directly influence the policies that govern their lives in the workplace, in the home, and in the community; (9) affirmative action in all areas of national life, to end discrimination against minority groups based on gender, age, race, national background, social class, religious belief or sexual orientation; and (10) freedom from fear of violence and from the threat of war--whether nuclear, chemical, bacteriological or conventional. The diversion of national resources to military purposes makes it impossible to achieve a healthy economy and a healthful standard of living for people of all nations.

The standard of living represents the true content of the term "health promotion," the current popularity of which is matched only by the prevalence of confusion about its meaning. This confusion, I regret to say, started with the Lalonde Report and was then greatly magnified by the United States Public Health Service.

What is Health Promotion?

In 1974, the Lalonde Report (7) proposed five health strategies, listing the first as "*A Health Promotion Strategy* aimed at informing, influencing and assisting both individuals and organizations so that they will accept more responsibility and be more active in matters affecting mental and physical health." This error, the reduction of health promotion to health education and community organization, was reinforced by *Healthy People, The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention* (8), published by the U.S. Public Health Service in 1979. Chapter 10 of that report makes the following distinctions:

> Medical care begins with the sick and seeks to keep them alive, make them well, or minimize their disability.
>
> Disease prevention begins with a threat to health--a disease or environmental hazard--and seeks to protect as many people as possible from the harmful consequences of that threat.
>
> Health promotion begins with people who are basically healthy and seeks the development of community and individual measures which can help them to develop lifestyles that can maintain and enhance the state of well-being.

There is an inconsistency in these distinctions; prevention also begins with people who are basically healthy. It is clear, furthermore, that the authors of *Healthy People* have defined health promotion to mean lifestyle modification for disease prevention. Immediately after making their distinctions, the authors

proceed to cite the Stanford Heart Disease Prevention Program and the Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT) as notable examples of "recent efforts to organize community resources for health promotion." And though Chapter 10 is titled "Health Promotion," it deals primarily with disease prevention.

What are the consequences of this definition? One is lack of credibility. When health professionals describe programs to lower serum cholesterol or reduce smoking as health-promotion instead of disease-prevention activities, they earn a reputation , eminently deserved, for vague concepts and muddled thinking.

Second, this opens the door to further confusion; medical care providers may also claim that they are involved in health promotion because they too contribute to the absence of disease and infirmity. Such escalation of confusion is not new; the term "tertiary prevention" transformed every surgeon into a practitioner of preventive medicine. More significant, however, are the policy consequences. The main result of the semantic confusion is the submergence and neglect of real health promotion.

The concept of health promotion refers primarily to the development of healthful living standards. These have a profound effect on positive health, which is not only a subjective state of well-being (including such elements as vitality, freedom from excess fatigue, and freedom from environmental discomforts such as excessive heat, cold, smog and noise), but also has a functional component, namely, the ability of the individual to participate effectively in society: at work, at home, and in the community.

The standard of living also plays a major role in the prevention of disease and injury. Infant diarrhea, for example, the single most important cause of death in the world today, is caused only secondarily by salmonellae, shigellae and other microorganisms; it is caused primarily by underdevelopment, poverty, lack of basic sanitation facilities, undernutrition, illiteracy, and ignorance of personal hygiene.

The state of nutrition is a major factor affecting resistance to many diseases. Inadequate education, resulting in both formal and functional illiteracy, is a serious obstacle to learning the use of preventive measures such as personal hygiene, immunization, and lifestyle changes. Poor working conditions and hazardous environments are the cause of much preventable disease and injury. Dead-end jobs, inadequate incomes, poor housing, discrimination, and lack of educational, cultural and recreational opportunities combine to produce low self-esteem, mental disfunction, alcoholism, drug addiction, suicide, homicide, wife and child abuse, and other violence directed against self, family, and community.

Access to medical care is markedly affected by factors other than financial barriers. Educational levels, transportation problems, and overcrowded, inadequate clinical facilities are particularly important in preventing optimal utilization of available resources.

Rehabilitation cannot stop with physical measures; it must include social and vocational rehabilitation as well. Societal facilities--buildings, sidewalks, buses, cars, parking lots, etc.--must incorporate provisions to meet the needs of handicapped persons. Jobs must be available for them , a difficult task to accomplish when a significant portion of the able-bodied workforce is unemployed.

Canada has played a very important role in fostering greater understanding

of the role of living standards in all aspects of health: enhancing well-being and functional capacity, preventing disease and injury, treating illness, and rehabilitating the disabled. It was no accident that Ottawa became the site of the first International Conference on Health Promotion in November 1986; the Canadian Minister of National Health and Welfare had previously emphasized "the means essential for the preservation of health--food, shelter, transportation, recreation, a healthy workplace," and urged intersectoral coordination in these areas (9).

The Ottawa Charter for Health Promotion (10) puts the issue squarely, stating:

> The fundamental conditions and resources for health are peace, shelter, education, food, income, a stable eco-system, sustainable resources, social justice and equity. Improvement in health requires a secure foundation in these basic prerequisites.
>
> The prerequisites and prospects for health cannot be ensured by the health sector alone. More importantly, health promotion demands coordinated action by all concerned: by governments, by health and other social and economic sectors, by non-governmental and voluntary organizations, by local authorities, by industry and by the media. People in all walks of life are involved as individuals, families and communities. Professional and social groups and health personnel have a major responsibility to **mediate** between differing interests in society for the pursuit of health.

PREVENTION

In any period, the public health agenda is the resultant of two basic considerations: (1) The nature of the hazards to health, and (2) Our ability to counteract those hazards.

During the 1920s, 30s and 40s, it became increasingly apparent that, with the conquest of many of the major infectious diseases, the main causes of death and disability were the noninfectious diseases. But we were powerless to combat them; their epidemiology was unknown, and we clothed our ignorance with polysyllabic terms such as "degenerative," "idiopathic," "essential," and "psychosomatic."

Unable to prevent the occurrence of these diseases, we retreated to a second line of defense, namely, early detection and treatment--so-called secondary prevention. But secondary prevention has--with few exceptions--proved disappointing; it cannot compare in effectiveness with measures for primary prevention. The periodic physical examination, the cancer detection center, multiphasic screening, and a host of variations on these themes, have incurred enormous expenditures for relatively modest benefits. This is because once disease occurs, and no truly effective treatment is available, it is simply too late. Unfortunately, for most of the noninfectious diseases, the results of treatment are

problematic whether given early or late. Major exceptions are cancer of the cervix, for which early detection has proved dramatically effective, and, to a lesser extent, cancer of the breast, for which secondary prevention is still not feasible on a large scale because of the high costs of mammography and medical examination.

The Second Epidemiologic Revolution

Beginning in 1950, dramatic breakthroughs occurred in the epidemiology of the noninfectious diseases. During the next three decades, our epidemiologists forged powerful weapons to combat most of the major causes of death. In doing so, they initiated a second epidemiologic revolution which, if we act appropriately, will result in an enormous reduction in premature death and disability.

Heart disease, the first cause of death, results from high serum cholesterol caused by a diet rich in saturated fat and cholesterol; high blood pressure; cigarette smoking; and lack of physical exercise. All of these are amenable to public health action programs.

Cancer is the second major cause of death. Etiologic agents have been discovered for some of the most important cancer sites; these include radiation as well as tobacco, alcohol, and many other chemical carcinogens. All of these are amenable to public health action programs based on the epidemiologic triad, that is, preventing the agent from reaching the host through the establishment of environmental barriers.

Cerebrovascular disease, the third major cause of death, can be effectively prevented by treating the risk factor, high blood pressure.

Accidents are the fourth major cause of death, but rank first in terms of potentially productive years of life lost. Furthermore, they are not accidental; each type of so-called accident is the result of specific agent, host and environmental factors. Many of these can be eliminated through appropriate public health programs.

Chronic obstructive pulmonary disease, the sixth cause of death, results almost entirely from cigarette smoking, and is therefore preventable.

Chronic liver disease and cirrhosis, the eighth cause of death, is caused almost entirely by alcohol, and is therefore also preventable.

Given this situation, in which most of the leading causes of death are in large part preventable, the most important items on the public health agenda are perfectly clear. They are heart disease, cancer, stroke, injuries, chronic obstructive pulmonary disease, and cirrhosis of the liver.

The Lalonde Report

Canada was the first country to understand the implications of the new epidemiologic discoveries. In April 1974, the government of Canada published a remarkable document, *A New Perspective on the Health of Canadians/Nouvelle Perspective de la Sante des Canadiens* (7), written by Marc Lalonde, Minister of National Health and Welfare. This was an achievement of which both French and English Canada can be very proud. Brilliantly conceived, and written with the

clarity and elegance that we associate with the French literary tradition, the Lalonde Report was and remains one of the great achievements of the modern public health movement. It is, to use the current vernacular, a "world-class" document.

The Lalonde Report was the first official government statement of policy that recognized the beginning of a new era in public health, the era of the second epidemiologic revolution which, just as the first epidemiologic revolution conquered infectious diseases, will, during the next few decades, achieve the conquest of some of the most important noninfectious diseases. The Report not only proclaimed this recognition to the world at large, but provided a conceptual basis for analyzing health problems and charting the approaches needed for their solution. It is to the great credit of the Lalonde Report that it did not stop at the conceptual level but actually delineated the specific measures that can be taken. The report is therefore not only a major contribution to public health theory, but an indispensable guide to action. The Report proposed five strategies:

1. A Health Promotion Strategy aimed at informing, influencing and assisting both individuals and organizations so that they will accept more responsibility and be more active in matters affecting mental and physical health.
2. A Regulatory Strategy aimed at using federal regulatory powers to reduce hazards to mental and physical health, and at encouraging and assisting provinces to use their regulatory powers to the same end.
3. A Research Strategy designed to help discover and apply knowledge needed to solve mental and physical health problems.
4. A Health Care Efficiency Strategy the objective of which shall be to help the provinces reorganize the system for delivering mental and physical health care so that the three elements of cost, accessibility and effectiveness are balanced in the interest of Canadians.
5. A Goal-Setting Strategy the purpose of which will be to set, in cooperation with others, goals for raising the level of the mental and physical health of Canadians and improving the efficiency of the health care system.

Not only were these general strategies proposed, but the Report listed "some possible courses of action" for each of the strategies. A total of 74 specific actions were listed; the Goal-Setting Strategy included, among others, the following:

> The development of specific reductions in the incidence of major mortality and morbidity.
>
> The establishment of specific dates by which reductions in mortality and morbidity are to be achieved.
>
> The development of specific improvements in the

efficiency of the health care delivery system, including improvements in cost performance, accessibility of care, and the effectiveness of results.

The establishment of specific dates by which improvements are to be achieved.

Goal-Setting

Curiously, the Canadian government did nothing to carry out these goal-setting actions. I use the term "curiously" because the government of Canada had seen fit to inaugurate the national medical care program by granting the provinces 50% of the cost incurred. Surely the precedent existed for similar action for preventive services. Furthermore, the cost would have been infinitesimal when compared with the massive expenditures for the medical care program.

Whatever the explanations for the failure of the government to act, the fact is that the Lalonde Report was almost totally disregarded in Canada. It had a great impact on public health workers in the United States, however. Within five years, in 1979, Dr. Julius B. Richmond submitted the first *Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention*. That report, *Healthy People* (8), reviewed present preventable threats to health, and identified fifteen priority areas in which, with appropriate actions, further gains can be expected over the decade. The report established broad national goals--expressed as reductions in overall death rates or days of disability--for the improvement of the health of Americans at the five major life stages.

Specifically, the goals established were:

- To continue to improve infant health, and, by 1990, to reduce infant mortality by at least 35 percent, to fewer than nine deaths per 1,000 live births.
- To improve child health, foster optimal childhood development, and, by 1990, reduce deaths among children ages one to 14 years by at least 20 percent, to fewer than 34 per 100,000.
- To improve the health and health habits of adolescents and young adults, and, by 1990, to reduce deaths among people ages 15 to 24 by at least 20 percent, to fewer than 93 per 100,000.
- To improve the health of adults, and, by 1990, to reduce deaths among people ages 25 to 64 by at least 25 percent, to fewer than 400 per 100,000.
- To improve the health and quality of life for older adults, and, by 1990, to reduce the average annual number of days of restricted activity due to acute and chronic conditions by 20 percent, to fewer than 30 days per year for people aged 65 and older.

In the fall of 1980, the Surgeon General issued a second report, *Promoting Health/Preventing Disease: Objectives for the Nation* (11), which established specific and quantifiable objectives necessary for the attainment of these broad goals. Objectives were established for each of the 15 priority areas identified in the Surgeon General's report: high blood pressure control; family planning;

pregnancy and infant health; immunization; sexually transmitted diseases; toxic agent control; occupational safety and health; accident prevention and injury control; fluoridation and dental health; surveillance and control of infectious diseases; smoking and health; misuse of alcohol and drugs; nutrition; physical fitness and exercise; and control of stress and violent behavior.

For each of the 15 areas, specific national objectives were defined for these five categories:

1. Improved health status.
2. Reduced risk factors.
3. Improved public and professional awareness.
4. Improved services and protection.
5. Improved surveillance and evaluation.

Unfortunately, the year that *Objectives for the Nation* appeared was the same year that Ronald Reagan was elected to the Presidency. Immediately on taking office in 1981, President Reagan and his Republican and Democratic supporters in the Congress instituted a 25% reduction (actually 35% because of inflation) in federal aid to the states for prevention programs and other community health services. Drastic cuts have been made in the budgets of the Environmental Protection Agency, the Occupational Safety and Health Administration, the Centers for Disease Control, the Smoking and Health program, and the Consumer Product Safety Commission. Major reductions have been made in school lunch, food stamps, the WIC (Women, Infants and Children) program, nutritional education, and other nutrition services. Serious cuts have been made in Medicaid, Medicare, and the National Health Service Corps, as well as in health professions education, including biostatistics, epidemiology, health administration, mental health, and occupational and environmental health.

Fulfillment of the objectives for the nation would have required large-scale federal grants to the states to carry out a greatly expanded program for prevention. No such grants were made or even considered. Instead, the existing grant funds were greatly reduced, with serious repercussions on the preventive services provided by state and local health departments.

What has been the result? In November 1986 the Public Health Service published *The 1990 Health Objectives for the Nation: A Midcourse Review* (12), which documents the progress made in meeting the objectives and evaluates the likelihood that they will be fulfilled by 1990. The results are a mixed bag; there are successes and there are failures. The table below gives the findings for specific objectives where quantitative data are available.

Early Successes	Baseline	Objective	Midcourse
Rubella cases per year	11,795	<1,000	604
Congenital rubella syndrome cases per year	62	<10	0
Poliomyelitis cases per year	26	<10	5
Children's home injury fatality rate per 100,000	6	5	5
Residential fire deaths per year	5,400	4,500	4,512
Alcohol-related vehicle fatalities per 100,000	11.5	9.5	9.5
Other alcohol-related accident deaths per 100,000	7	5	4.3
Cirrhosis and chronic liver disease deaths per 100,000	13.5	12	10.7
Per capita consumption, gallons of absolute alcohol	2.71	2.71	2.69

Likely Successes			
Infant mortality per 1000 live births	14.1	9	10.6
Neonatal mortality per 1000 live births	9.5	6.5	7.3
Measles cases per year	13,597	< 500	2,704
Mumps cases per year	14,225	<1,000	2,886
% children under 2 yr. immunized against			
diphtheria, pertussis, tetanus,	70 to 80%	90%	86%
measles, mumps, rubella, polio	70 to 80%	90%	74-82%
% children in day care and school, fully immunized	about 90%	95%	88-96%
Gonorrhea cases per 100,000	134	60	99
Motor vehicle fatality rate per 100,000	23.6	18	19
Child motor vehicle fatality rate per 100,000	9.0	5.5	6.7
Tap water scald injuries requiring hosp. care per year	5,400	2,000	3,133
Tuberculosis cases per 100,000	13.1	8	9.3
% of adults smoking	33.5	25	30.5
Mean serum cholesterol, adults 18-74 yrs. (1971-74)	218.5	200	?
(1976-80)	213		

Likely Failures			
% of hypertensives that are successfully controlled	11	60	24
Unintended births to girls age 14 yr. and under	10,772	almost none	9,965
Fertility rates: 15 year olds	14	10	13.4
16 year olds	31	25	29.5
17 year olds	51	45	50.9
Fertility rate in unmarried women age 15-44 yr.	25.7	18	31
Infant mortality rate in Blacks	23.1	12	19.2
Perinatal mortality rate	15.4	5.5	11.5
Maternal mortality per 100,000 live births	9.6	5	8
Blacks	25	5	18.3
Whites	6.4	5	5.9
American Indians	12.1	5	12
% live births under 2500 grams	7.1	5	6.7
Blacks	12.9	9	12.4
Pertussis cases per year	1,623	< 1,000	3,275
Tetanus cases per year	81	<50	71
% high risks immunized against influenza	18	60	17
% high risks immunized against pneumococcal pn.	?	60	9.5
Primary and secondary syphilis cases per 100,000	11	7	12
Congenital syphilis cases per 100,000	3.5	1.5	6.5
Deaths from falls per 100,000	6.2	2	5.1
Deaths from drowning per 100,000	2.6	1.5	2.2
% of population with community water systems fluoridated	60	95	61.4
Hepatitus B cases per 100,000	41	20	69

Canada's Health Status

Canada today enjoys a relatively high level of health. During the 1970s, significant improvement occurred; overall age-standardized mortality declined by about 12%, reflecting a 25% decline in ischemic heart disease and cerebrovascular disease. This is approximately equivalent to the decline in the age-adjusted mortality rate for ischemic heart disease during the same period in the United States. It is less steep, however, than the approximately 35% decline in cerebrovascular disease in the United States, a difference that probably reflects the impact of the relatively modest but effective campaign for hypertension control which was led by the U.S. Public Health Service in the 70s.

Unlike other cancer sites, cancer of the lung continues to rise in Canada, and alarmingly so in women, for whom the rate doubled in nine years. Chronic obstructive lung disease, another major killer caused primarily by cigarette smoking, is also on the rise in women. And cirrhosis of the liver, the result primarily of heavy alcohol consumption, increased by 31% in men and 21% in women during the 70s. Deaths from non-natural causes--accidents, poisoning, suicide and homicide--showed small declines, but continue to occur at a high level.

All of these diseases are preventable. Fifteeen years after the publication of the Lalonde Report is long enough to wait before decisive action is taken. It would be "a consummation devoutly to be wished" if Canada were to act now to set goals as called for in the Lalonde Report, including the following objectives for major causes of death, disability and illness. Canada might well adopt as its goal, that by the year 2000, mortality will be reduced from 1988 levels for:

Ischemic heart disease	by 40%
Cerebrovascular disease	by 50%
Cancer	by 10%
Chronic obstructive lung disease	by 15%
Accidents, poisoning, violence	by 20%
Cirrhosis of the liver	by 20%

These goals are achievable. Even without a concerted public health campaign, age-adjusted mortality from ischemic heart disease and cerebrovascular disease declined by 25 percent in nine years. The other goals are modest enough in view of the effective preventive measures available for our use.

The proposed goals for mortality are not limited to this parameter; they hold also for morbidity, that is, for illness and disability as well as for death. The approximately 25% decline in age-adjusted mortality for cerebrovascular disease did not result from improvements in the treatment of cerebrovascular disease from 1970 to 1979, for no such improvements occurred. Clearly the cause of the decline was increased public and professional awareness resulting in better case-finding for hypertension, the increased use of antihypertensive drugs, and the more effective maintenance of hypertension treatment and control. This was primary prevention of cerebrovascular disease; not only mortality was affected but incidence as well.

Similarily, primary prevention was mainly responsible for the approximately 25% decline in age-adjusted mortality for ischemic heart disease in the 70s. In view of the fact that 60 to 67 percent of deaths from myocardial infarction occur outside of hospital, while improvements in medical and surgical therapy have been shown to exert only a moderate effect on survivorship, treatment cannot be considered to have played a major role in the decline. On the contrary, all of the evidence points to risk-factor changes as the most important element in this unprecedented reduction.

During the coming period, we shall lower mortality not only from cerebrovascular disease and ischemic heart disease, but from accidents, poisoning, and violence; from lung and other cancers caused by tobacco, alcohol, and other environmental and occupational carcinogens; from cirrhosis of the liver; and from chronic lung disease caused by cigarette smoking and by the occupational exposures of miners, textile workers, grain workers and others exposed to harmful dusts. We shall also be effective in reducing mortality from a variety of other diseases caused by toxic chemicals and other environmental and occupational hazards. These victories will be accomplished by primary prevention, by methods which, unlike medical care, reduce incidence as well as mortality. We shall also make effective use of screening programs to discover cervical and breast cancer in the presymptomatic stage, thereby also preventing illness as well as mortality.

Implementation of these preventive measures is not only a question of achieving a higher level of health for the Canadian people, but achieving *equity* in health. Just as the Canadian national health insurance program was established to assure equity in medical care, so must this aim be pursued in the more fundamental goal of improving health status. The available evidence indicates that both in the United States and Canada, lifestyle modification has been more effective in the more highly educated groups. Canadian data on smoking prevalence is strikingly illustrative of this fact; as the table below indicates, smoking cessation has occurred primarily among the most highly educated. It is essential, therefore, that every effort be made to reach the less highly educated groups that comprise *the majority* of the Canadian population in order to make certain that W.H.O.'s Alma-Ata pledge of "Health for All by the Year 2000," to which Canada is a signatory nation, is indeed fulfilled for *all* the people of Canada.

This will require a sustained and well-funded campaign, led by Canada's local, provincial, and national health departments. "Well-funded" in this case requires only a small fraction of the many billions of dollars which Canada now spends for the treatment of these preventable diseases. All that is needed is the political will to achieve these objectives.

Prevalence of Regular Cigarette Smokers in Men and Women by Education, Canada, 1977 and 1981.

			Percent smoking cigarettes			
	% of total pop'n		*Men*	*Women*		
Education	*Men*	*Women*	*1981*	*1977*	*1981*	*% Change*
Elementary	22.1	20.9	41.7	25.4	24.3	−4
Some secondary	49.8	54.0	39.5	34.4	33.5	−3
Some post-secondary	8.6	7.4	29.0	28.7	26.3	−8
Post-secondary certificate or diploma	8.7	11.1	33.1	32.6	24.5	−25
University degree	10.8	6.5	22.3	26.3	15.5	−41
Total	100.0	99.9	36.7	31.1	28.9	−7

Adapted by M. J. Ashley from *Health and Welfare Canada*, 1979, 1983.

CANADIAN PERSPECTIVES

At the International Conference on Health Promotion, held in November 1986 in Ottawa, the Canadian Minister of National Health and Welfare emphasized three leading strategies for health promotion: fostering public participation, strengthening community health services, and coordinating healthy public policy. He went on to state:

> Community health services are already playing an indispensable role in preserving health. We believe that there should be an expansion of this role and that it should be expressly oriented toward promoting health and preventing disease. At the same time, we recognize that adjusting the present health care system in such a way as to assign more responsibility to community-based services means alllocating a greater share of resources to such services. (13)

In his conclusion, however, the Minister appeared to retract his commitment to "allocating a greater share of resources to such services." He said:

> We are aware that there are certain dilemmas inherent in health promotion... Secondly, there is the question of allocating resources during times of scarcity. The availability of financing is obviously a critical question for each of us. (13)

To my knowledge, the Government of Canada has so far failed not only to develop a national strategy for strengthening community health services oriented toward promoting health and preventing disease, but has not made any plans for a federal program of grants to the provinces for this purpose. I fear that we are seeing a repetition of the previous failure to implement the 1974 Lalonde Report. The present Government appears to be taking the same road, failing once again to provide the necessary financial support for health promotion and disease prevention.

In the United States, the Association of State and Territorial Health Officials

(ASTHO), with the support of other major health organizations, has proposed that Congress enact a National Health Objectives Act. This calls for federal aid to state health departments to ensure a concerted national effort to reach the Nation's Health Objectives for the Year 2000. ASTHO is recommending an initial funding level of $4 per person, or a total of 1 billion dollars for an estimated 1990 population of 250 million. Of the total national health expenditures of about 500 billion dollars in 1987, only 3% was for government public health expenditures; medical care accounted for 94%. The ASTHO proposal would add less than one-fifth of 1% to total health expenditures in the United States.

The cost of medical care in the U.S. in 1987 was about $1900 per capita. At an estimated 20% lower per capita cost in Canada, the Canadian medical care cost was about $1500 U. S. per capita. For the 1987 Canadian population of about 26 million, total medical care expenditures were about $40 billion U.S. or $50 billion Canadian. Initial federal grants to the provinces of $4 U.S. ($5 Canadian) per capita to achieve Canadian Health Objectives for the Year 2000 would, given an estimate of less than 30 million Canadians in 1990, cost less than $150 million Canadian. Since Canadian medical care expenditures will undoubtedly be greater in 1990 than the $50 billion Canadian estimated for 1987, the initial health promotion and disease prevention expenditures would come to less than three-tenths of 1% of total medical care expenditures.

Can Canada afford this infinitesimal initial expenditure for health promotion and disease prevention? The answer obviously is yes. Indeed, the expenditure will more than pay for itself, since it will sharply reduce morbidity and the need for medical care spending.

Where should this initial expenditure come from? I propose taking it from the medical care budget; it will hardly be missed. I also propose that it be used almost entirely for disease prevention, since this is much less expensive than health promotion and will bring rapid results in lowering morbidity and thereby lowering medical expenditures.

Funds for health promotion--for housing, education, employment, adequate incomes, nutrition, improved recreational and cultural opportunities--require massive shifts in government spending priorities. I propose that the funds needed for health promotion be taken from two sources:

1. The medical care budget

The Canadian medical care system is based on fee-for-service payment of physicians. Both Canadian and U.S. studies have convincingly demonstrated that this method of payment produces unnecessary surgical and other procedures and represents an unnecessary drain on national resources. Salaried group practice plans and community health centers have up to 40% lower hospitalization costs and 25% lower overall costs than fee-for-service programs, with equal or better results in terms of health status outcomes. If tomorrow the Canadian medical care system were to convert completely from solo practice fee-for-service to community health centers and health service organizations, the medical care budget would be lowered from $50 billion to less than $40 billion, an annual saving of at least $10 billion. It is time, indeed, for the government of Canada to carry out the Lalonde

Report's "Health Care Efficiency Strategy the objective of which shall be to help the provinces reorganize the system for delivering mental and physical health care so that the three elements of cost, accessibility and effectiveness are balanced in the interest of Canadians."

2. The military budget

In 1986-87, the military budget accounted for 8.4% of the total Canadian expenditures of $117 billion, or about $10 billion.

In 1987, also, there occurred a World Conference of Health Workers on Social Well-Being, Health and Peace, with 121 participants from 50 countries; they represented 53 health workers' trade unions; 12 public health associations, including the Canadian Public Health Association and the American Public Health Association; 13 professional organizations; 4 other national health organizations; and 12 international and regional organizations. The conference adopted The Health Workers' Declaration on the Arms Race and the Threat of Nuclear War (14), which stated that:

> The arms race has resulted in severe cutbacks in health services, in education, in nutrition, in every aspect of human services. Deadly diseases continue to destroy and maim our children, our men and women, because safe water supplies and basic sanitation facilities are not available, because people have no access to medical services, because they are hungry and undernourished, because they are poor and illiterate and know little of personal hygiene.

The Conference recommendations include the following statement:

> We fully endorse the United Nations' General Assembly recommendation for a 10% reduction in the military budgets of the permanent members of the Security Council and allotment of 10% of the funds so released for assistance to the developing countries.

One result of the Conference was the establishment of a World Council of Health Worker Organizations for Social Well-Being, Health and Peace. In January of this year, the International Coordinating Committee of the World Council decided to extend the above recommendation to include all the nations of the world. Every country will be urged to reduce its military budget by 10%, and industrial countries will be asked to allot 10% of the funds so released for assistance to developing countries. If the Canadian Government were to accept this recommendation, 900 million dollars would be available to fund health promotion in Canada. Together with the funds available from reorganizing the Canadian medical care system, Canada could divert billions of dollars from basically unproductive uses--unnecessary surgical and other medical procedures and unnecessary military expenditures--to productive, life-enhancing health promotion and disease prevention programs, to a better future for all Canadians.

REFERENCES

1. Gebbie, K. "Impact of Cutbacks: Alternative Futures in Public Health Nursing," *J. Pub. Health Policy* 7 (1986): 21-27.

2. Fox, D. M. *Health Polcies, Health Politics: The British and American Experience*, 1911-1965. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1986, pp. 63-64.

3. Richard G. Wilkinson, editor. *Class and Health: Research and Longitudinal Data*. London and New York: Tavistock Publications, 1986, p. 14.

4. Wilkins, R., and Adams, O. B. "Health Expectency in Canada, Late 1970s; Demographic, Regional and Social Dimensions," *Am. J. Pub. Health* 73 (1983): 1073-80.

5. Winslow, C. -E. A. *The Evolution and Significance of the Modern Public Health Campaign*. New Haven: Yale University Press, 1923, p. 1.

6. Hiscock, I. V. "Public Health at Yale," *Yale J. Biology and Med.* 19 (1947): 393-98.

7. Lalonde, M. *A New Perspective on the Health of Canadians/Nouvelle Perspective de la Sante des Canadiens*. Ottawa: Ministry of National Health and Welfare, 1974.

8. U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service. *Healthy People: The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1979.

9. Epp, J. "National Strategies for Health Promotion," *Canadian J. Public Health* 77 (1986): 243-48.

10. *Ottawa Charter for Heatlh Promotion*. Ottawa: Canadian Public Health Association, 1986.

11. U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Service. *Promoting Health / Preventing Disease: Objectives for the Nation*. Washington, DC: U. S. Government Printing Office, 1980.

12. U. S. Department of Health and Human Services, Public Heatlh Service. *The 1990 Health Ojectives for the Nation: A Midcourse Review*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1986.

13. Epp, J. "Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion," *Canadian J. Public Health* 88 (1986): 393-407.

14. World Conference of Health Workers on Social Well-Being, Health and Peace, Moscow, May 29-June 1, 1987. "The Health Workers' Declaration on the Arms Race and the Threat of Nuclear War," *J. Public Health Policy* 8 (1987): 251-53.

DOCUMENT: 860-236/009

TRADUCTION DU SECRÉTARIAT

COLLOQUE NATIONAL SUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ

ET LA PRÉVENTION DES MALADIES

La voie de la promotion de la santé et de la prévention des maladies

Milton Terris, M.D., M.H.P.

VICTORIA (Colombie-Britannique)
du 12 au 15 mars 1989

La voie de la promotion de la santé et de la prévention des maladies*

Milton Terris, M.D., M.H.P.**

L'erreur la plus grave que traduisent les politiques publiques actuelles en matière de santé, partout sur la planète, soit autant au Canada que dans tous les autres pays, est de présumer qu'en établissant un régime national de soins médicaux on crée un programme national de santé. Cette confusion est en partie le résultat d'un désir conscient ou inconscient de faire accepter le produit par le public. On peut comprendre ce cheminement, mais difficilement s'en réjouir parce que la technique devient essentiellement un exercice de publicité qui consiste à utiliser à tort les mots pour donner une fausse impression. On peut faire à peu près les mêmes constatations à l'égard d'une expression de plus en plus à la mode, soit "régime de soins de santé". Comme Kristine Gebbie, inspectrice de la santé publique de l'État d'Oregon me le faisait remarquer avec tant de justesse, il est regrettable que dans le contexte des discussions générales avec le public, les "soins de santé" servent d'euphémisme pour "guérison de maladies" ou "traitement"(1).

Cette confusion est également causée par le fait que, dans la plupart des pays, la profession médicale est axée sur le traitement et qu'elle a un effet déterminant sur les politiques publiques touchant la santé. Il est également malheureux que bon nombre de gouvernements considèrent les soins médicaux comme l'élément le plus important des politiques de la santé parce qu'il est le plus populaire sur le plan politique. Les gouvernements cèdent aux caprices du public qui, par ignorance, se fie à la profession médicale et accorde plus d'attention et d'importance aux services de traitement.

Au cours des années qui ont précédé la création du British National Health Service qui met l'accent sur le traitement, les prises de position en Grande-Bretagne semblaient beaucoup plus tranchées sur ce point. Par exemple, la British Medical Association déclarait qu'il fallait s'intéresser davantage aux facteurs économiques, sociaux et environnementaux qui influent sur la santé. En 1934, le Health Research Group du parti travailliste de Londres, duquel faisaient partie des membres aussi éminents que Herbert Morrison et Somerville Hastings, affirmait que les trois principales causes de la maladie sont, en ordre d'importance, la pauvreté, un environnement médiocre et des soins de santé inadéquats(2).

* Exposé au Colloque national sur la promotion de la santé et la prévention des maladies, Victoria (C.-B.), Canada, le 13 mars 1989.

** Éditeur du Journal of Public Health Policy, 208 Meadowood Drive, South Burlington (Vermont) 05403; professeur invité, Département de médecine préventive et de biostatistique, faculté de médecine de l'Université de Toronto; professeur associé, Département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal.

Les régimes britanniques et canadiens de soins médicaux ont mis en relief cette erreur. De toute évidence, l'égalité d'accès aux soins médicaux n'a pu garantir l'égalité sur le plan de l'état de santé. En réalité, en Angleterre et au pays de Galles, l'écart entre le taux de mortalité des différentes classes sociales s'est élargi depuis la mise en place du National Health Service. Les deux classes sociales les plus élevées (les professionnels et les cadres) comptaient pour 18 p. 100 de la population mâle adulte en 1951 et 23 p. 100 en 1971. Le ratio standardisé de mortalité (RSM) pour ce groupe est tombé de 91 en 1951 à 80 en 1971. Les deux classes sociales qui se situent au bas de l'échelle (soit les travailleurs spécialisés et non spécialisés) représentaient 29 p. 100 de la population mâle adulte en 1951 et 26 p. 100 en 1971. Le ratio standardisé de mortalité pour ce groupe a augmenté de 110 en 1951 à 121 en 1971. L'écart entre le ratio pour les deux groupes a plus que doublé, passant de 19 en 1951 à 41 en 1971(3).

Le régime canadien de soins médicaux n'a pas, lui non plus, réussi à assurer l'égalité sur le plan de la santé. Russell Wilkins et Owen Adams ont calculé l'espérance de vie sans incapacité et en fonction du revenu au Canada à la fin des années 1970(4). Ils ont constaté une progression par paliers de revenu du cinquième qui se trouve au bas de l'échelle au cinquième qui se situe à son sommet.

Niveau de revenu (cinquièmes)	Espérance de vie (années)	Espérance de vie sans incapacité (années)
Total	74,6	61,0
Premier	71,9	54,9
Deuxième	73,8	59,9
Troisième	74,7	62,7
Quatrième	75,5	63,1
Cinquième	76,4	65,9

À la fin des années 1970, au Canada, la différence entre l'espérance de vie des gens de la plus basse catégorie et de la plus haute catégorie s'établissait à 4,5 années. Si l'on tient compte du facteur d'absence d'incapacité, l'écart d'espérance de vie était de 11 ans. Les Canadiens pauvres peuvent en moyenne compter vivre 55 ans en santé, c'est-à-dire sans incapacité, comparativement à 66 ans de vie en santé pour les Canadiens riches.

Il est indispensable que les gouvernements prennent conscience qu'un programme national de santé véritablement efficace doit faire entrer en ligne de compte tous les facteurs qui influent sur la santé. Ces facteurs comportent trois éléments : (1) le niveau de vie, (2) la prévention, et (3) les soins médicaux. Les gouvernements doivent également savoir que les soins médicaux sont l'élément de base le moins important du programme national de santé.

LE NIVEAU DE VIE

Il est inconcevable d'obtenir un programme national de santé efficace sans d'abord offrir un niveau de vie de qualité à l'ensemble de la population. Il est impossible d'améliorer la santé physique et mentale si les besoins humains fondamentaux ne sont pas d'abord satisfaits.

Ce principe n'est pas nouveau et les grands pionniers en matière de santé publique le comprenaient bien. En 1913, Milton J. Roseman déclarait que la médecine préventive rêve du jour où il aura assez de ressources pour tous et où chaque homme assumera sa part de la tâche en fonction de ses aptitudes et réussira à satisfaire les besoins de son corps et à répondre aux exigences de la santé. C.-E.A. Winslow abondait dans le même sens en 1920 lorsqu'il définissait notamment la santé publique comme l'établissement de mécanismes sociaux devant assurer à chaque individu, au sein de la collectivité, un niveau de vie propre à favoriser son maintien en bonne santé (5 et 6).

L'établissement d'un niveau de vie favorisant la santé exige qu'on remplace radicalement les fausses valeurs de l'humanité. La progression astronomique des dépenses militaires doit cesser au profit des objectifs suivants : (1) le plein emploi, (2) un revenu familial convenable, (3) de meilleures conditions de travail, (4) des logements convenables et abordables, y compris la disparition du phénomène des sans-abri et du fléau des taudis en zones urbaine et rurale, (5) une bonne alimentation, (6) l'injection de ressources financières plus importantes dans l'éducation publique et l'élimination des obstacles financiers à l'enseignement supérieur, (7) l'amélioration des possibilités d'épanouissement culturel et d'accès aux loisirs, (8) l'élargissement de la participation démocratique afin que les citoyens ordinaires puissent influer directement sur les politiques auxquelles ils sont soumis en milieu de travail, au foyer et au sein de la collectivité, (9) l'action positive dans toutes les sphères de la vie nationale, la fin de la discrimition à l'égard de groupes minoritaires pour des raisons de sexe, d'âge, de race, d'origine ethnique, de classe sociale, de convictions religieuses ou d'orientation sexuelle, et (10) l'absence de menaces de violence ou de guerre nucléaire, chimique, bactériologique ou classique. La dilapidation des ressources nationales à des fins militaires empêche de construire une économie forte et d'offrir un niveau de vie satisfaisant aux habitants de tous les pays.

Le niveau de vie est le véritable enjeu de la "promotion de la santé". La popularité actuelle de cette dernière expression n'a d'égale que la confusion qu'elle suscite. Je dois malheureusement reconnaître que le rapport Lalonde est la source de cette confusion, mais que l'United States Public Health Service l'a par la suite grandement aggravée.

En quoi consiste la promotion de la santé?

En 1974, le rapport Lalonde (7) proposait cinq stratégies en matière de santé. Il décrivait la première comme "Une stratégie de promotion de la santé destinée à informer, sensibiliser et aider les particuliers et les organismes, afin qu'ils acceptent d'assumer une responsabilité plus grande et de participer plus activement aux activités liées à l'amélioration de la santé mentale et physique". Le document intitulé "Healthy People, The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention" (8), publié en 1979 aux États-Unis par le U.S. Public Health Service, répétait l'erreur consistant à réduire la promotion de la santé à une éducation en matière de santé et à une organisation communautaire. Le chapitre 10 du rapport en question fait les distinctions suivantes :

(TRADUCTION)

> Les soins médicaux sont destinés à garder les personnes malades en vie, à les guérir ou à minimiser leurs incapacités.
>
> La prévention des maladies part d'une menace pour la santé, sous forme de maladie ou de risque environnemental, et elle s'efforce de mettre le plus grand nombre possible de personnes à l'abri des conséquences néfastes de cette menace.
>
> La promotion de la santé s'intéresse d'abord aux gens qui sont fondamentalement en santé et elle cherche à définir des mesures communautaires ou individuelles qui aideront ces gens à adopter des modes vie susceptibles de maintenir ou d'améliorer leur bien-être.

On retrouve une incohérence dans cette distinction parce que la prévention s'occupe également des gens qui sont fondamentalement en santé. Il est également évident que les auteurs de l'ouvrage définissaient la promotion de la santé comme une modification du mode de vie pour prévenir les maladies. Immédiatement après avoir apporté ces précisions, les auteurs citaient le "Stanford Heart Disease Prevention Program" et le "Multiple Risk Factor Intervention Trial" (MRFIT) comme exemples qui illustrent bien des efforts récents visant à organiser les ressources communautaires en vue de la promotion de la santé. Par ailleurs, même si le chapitre 10 a comme titre "la promotion de la santé", il traite surtout de prévention des maladies.

Quelles sont les conséquences de cette définition? La première est l'absence de crédibilité. Lorsque des professionnels de la santé décrivent des programmes destinés à réduire le cholestérol sérique ou à lutter contre le tabagisme

comme des programmes de promotion de la santé plutôt que comme des programmes de prévention des maladies, ils méritent d'être accusés de formuler des concepts vagues et des idées confuses.

Deuxièmement, la porte est ainsi ouverte à une plus grande confusion. Les fournisseurs de soins médicaux peuvent prétendre qu'ils s'occupent de promotion de la santé parce qu'ils contribuent, eux aussi, à éliminer les maladies et les infirmités. Cet accroisement de la confusion n'est pas nouveau. L'expression "prévention tertiaire" a fait de chaque médecin un spécialiste de la médecine préventive. Il importe toutefois surtout de voir les conséquences sur le plan des politiques. Le vocabulaire ambigu a pour principal effet de reléguer au second plan la véritable promotion de la santé et de faire en sorte qu'elle soit négligée.

Le principe de la promotion de la santé renvoie d'abord et avant tout à l'établissement de niveaux de vie favorables. Ces derniers sont intimement liés à un bon état de santé qui correspond non seulement à un état subjectif de bien-être (comprenant des éléments tels que la vitalité, l'absence de fatigue excessive et d'inconfort provoqué par des conditions environnementales, notamment trop de chaleur, de froid, de pollution atmosphérique et de bruit) mais comporte également des éléments fonctionnels, par exemple l'aptitude de l'individu de s'intégrer à la société de manière satisfaisante au travail, au foyer et dans la collectivité.

Un niveau de vie de qualité contribue également largement à empêcher les maladies et les blessures. Par exemple, la salmonelle, la shigella et les autres micro-organismes ne sont que les causes secondaires de la diarrhée infantile responsable du plus grand nombre de décès dans le monde aujourd'hui. Les causes premières en sont le sous-développement, la pauvreté, l'absence d'installations sanitaires indispensables, la sous-alimentation, l'analphabétisme et l'ignorance en matière d'hygiène personnelle.

La qualité de l'alimentation est un facteur capital pour résister à de nombreuses maladies. Une éducation insuffisante, qui se traduit par un analphabétisme formel et fonctionnel, constitue un obstacle majeur à l'apprentissage de mesures préventives, notamment l'hygiène personnelle, l'immunisation et les modifications au mode de vie. La médiocrité des conditions de travail et les risques environnementaux sont responsables d'un grand nombre de maladies et de blessures qui pourraient être évitées. Les emplois sans avenir, les revenus insuffisant, les logements insalubres, la discrimination et l'absence de possibilités sur le plan de l'éducation, de la culture et des loisirs sont des facteurs qui se combinent et qui entraînent une diminution de l'amour-propre, des problèmes mentaux, l'alcoolisme, la narcomanie, le suicide, des homicides, des agressions contre le conjoint et les enfants, ainsi que la violence dirigée contre soi-même, sa famille et sa collectivité.

Des facteurs autres que les obstacles financiers entravent de façon évidente l'accès aux soins médicaux. Le niveau d'éducation, les difficultés de transport, les cliniques débordées et insuffisantes sont des éléments qui nuisent grandement à l'utilisation optimale des ressources disponibles.

La réadaptation ne peut se limiter aux mesures à caractère physique, elle doit être étendue aux secteurs social et professionnel. Les installations d'une collectivité, soit les édifices, les trottoirs, les autobus, les automobiles, les stationnements, etc. doivent être munis de dispositifs conformes aux besoins des personnes handicapées. Il faut offrir des emplois à ces dernières, mais la tâche peut être difficile lorsqu'une part considérable de la population active normale est en chômage.

Le Canada a joué un rôle extrêmement important pour accroître la compréhension à l'égard de l'incidence du niveau de vie sur tous les aspects de la santé, y compris l'amélioration du bien-être et de la capacité de fonctionner, la prévention des maladies et des blessures, le traitement des maladies et la réadaptation des personnes handicapées. Ce n'est pas par hasard que la première Conférence internationale pour la promotion de la santé a eu lieu à Ottawa en novembre 1986. Le ministre canadien de la Santé nationale et du Bien-être social avait déjà mis l'accent sur les instruments essentiels à la protection de la santé, soit la nourriture, l'hébergement, les moyens de transport, les loisirs et un milieu de travail sain et il avait souhaité une coordination intersectorielle à l'égard de ces éléments (9).

La Charte d'Ottawa pour la promotion et de la santé (10) aborde la question sans détour :

> "Les conditions et ressources préalables sont, en matière de santé : la paix, un abri, de la nourriture et un revenu. Toute amélioration du niveau de santé est nécessairement solidement ancrée dans ces éléments de base.
>
> Seul, le secteur sanitaire ne saurait offrir ces conditions préalables et ces perspectives favorables à la santé. Fait encore plus important, la promotion de la santé exige l'action concertée de tous les intervenants : les gouvernements, le secteur de la santé et les domaines sociaux et économiques connexes, les organismes bénévoles, les autorités régionales et locales, l'industrie et les médias. Les gens de tous milieux interviennent en tant qu'individus, familles et communautés. Les groupements professionnels et sociaux, tout comme les personnels de santé, sont particulièrement responsable de la médiation entre les intérêts divergents, en faveur de la santé."

LA PRÉVENTION

Les questions d'actualité en matière de santé sont toujours dictées par deux considérations fondamentales : (1) la nature des dangers pour la santé, et (2) notre aptitude à lutter contre ces dangers.

Au cours des années 1920, 1930 et 1940, il devint de plus en plus évident, en raison de la victoire contre de nombreuses maladies infectieuses importantes, que les principales causes de décès et d'incapacité étaient les maladies non infectieuses. Nous étions toutefois impuissants contre elles parce que leur caractère épidémiologique nous était inconnu. Nous avons caché notre ignorance derrière des mots savants comme "dégénératif", "idiopathique", "essentiel" et "psychosomatique".

Incapables d'empêcher la manifestation de ces maladies, nous nous sommes retranchés derrière une deuxième ligne de défense qui est le dépistage et le traitement, ou ce qu'on appelle la prévention secondaire. À quelques exceptions près, cette dernière s'est toutefois révélée d'une efficacité décevante comparativement à la prévention primaire. Les examens médicaux périodiques, les centres de détection du cancer, le dépistage multiplié et les nombreuses variations de ces techniques ont entraîné des frais énormes, mais ont eu relativement peu de succès. La raison en est que lorsque surgit une maladie pour laquelle il n'existe aucun traitement vraiment efficace, il est tout simplement trop tard. Malheureusement, dans le cas de la plupart des maladies non infectieuses, les résultats du traitement, que ce dernier soit anticipé ou tardif, laissent à désirer. Les principales exceptions sont le cancer du col de l'utérus à l'égard duquel un dépistage précoce s'est révélé extrêmement efficace et, dans une mesure moindre, le cancer du sein pour lequel il n'existe encore aucune prévention secondaire sur une grande échelle en raison des frais élevés des mammographies et des examens médicaux.

La deuxième révolution épidémiologique

À partir de 1950, on assiste à des progrès spectaculaires en matière d'étude épidémiologique des maladies non infectieuses. Au cours des trois décennies qui ont suivi, les spécialistes de l'épidémiologie ont forgé de puissants instruments pour lutter contre les principales causes de décès. Ainsi, ils ont lancé la deuxième révolution épidémiologique qui, si nous savons l'exploiter convenablement, entraînera une chute radicale du nombre de morts prématurées et d'incapacités.

Les maladies cardiaques, la principale cause de décès, sont le résultat d'un taux de cholestérol sérique trop élevé produit par une alimentation trop riche en graisse saturée et en cholestérol, l'hypertension artérielle, le tabagisme et l'absence d'exercice physique. Or, tous ces défauts peuvent être corrigés par des programmes de santé publique.

Le cancer est la deuxième principale cause de décès. On a toutefois découvert les agents étiologique pour certains des principaux types de cancer, ce sont notamment les radiations, le tabac, l'alcool et bon nombre d'autres produits chimiques cancérigènes. Or, des programmes de santé publique inspirés de la triade épidémiologique, dont le but consiste à empêcher l'agent d'atteindre le sujet en érigeant des obstacles environnementaux, permettraient de vaincre tous ces facteurs.

On peut prévenir efficacement les maladies cérébro-vasculaires, qui constituent la troisième plus importante cause de décès en réduisant les risques, c'est-à-dire en traitant pour l'hypertension.

Les accidents sont la quatrième cause de décès en chiffres, mais la plus importante en termes du nombre probable d'années productives perdues. Par ailleurs, on ne peut pas vraiment parler d'accidents parce que chacun de ces derniers a une cause précise liée à un agent, un sujet et un milieu précis. Des programmes de santé publique convenables permettraient d'éliminer une grande quantité de ces causes.

Il est possible d'éviter la sixième principale cause de décès, la bronchopneumopathie chronique obstructive, parce que celle-ci découle presque uniquement de l'usage de la cigarette.

L'alcool est responsable de pratiquement toutes les maladies du foie et les cirrhoses qui constituent la huitième cause de décès. Il est donc possible de les prévenir.

Étant donné qu'il est possible de lutter avec succès contre la plupart des principales causes de mortalité, les éléments les plus importants en matière de santé publique sont parfaitement évidents. Ce sont les maladies cardiaques, le cancer, les attaques d'apoplexie, les blessures, la bronchopneumopathie chronique obstructive et la cirrhose du foie.

Le rapport Lalonde

Le Canada était le premier pays à comprendre les conséquences des nouvelles découvertes épidémiologiques. En avril 1975, le gouvernement du Canada rendait public un document remarquable intitulé "Nouvelle perspective de la santé des Canadiens" (7) qui était l'oeuvre de Marc Lalonde, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social. Tant le Canada français que le Canada anglais ont raison d'être extrêmement fiers de cet ouvrage. Inspiré par le génie et écrit avec la clarté et l'élégance caractéristiques de la tradition littéraire française, le rapport Lalonde était et demeure une des grandes réalisations du mouvement contemporain de la santé publique. Pour employer une expression populaire, il s'agit d'un document de "calibre mondial".

Le rapport Lalonde était le premier énoncé officiel de politiques gouvernementales qui reconnaissait qu'une nouvelle ère avait commencé en matière de santé publique. Cette ère était celle de la deuxième révolution épidémiologique qui, à l'instar de la première qui avait vaincu les maladies infectieuses, devait venir à bout de certaines des plus graves maladies non infectieuses au cours des prochaines décennies. Non seulement le rapport proclamait-il cette reconnaissance devant le monde entier, mais il définissait en outre des fondements théoriques pour analyser les problèmes de santé et paver la voie des solutions. Il y a lieu de grandement se réjouir que le rapport Lalonde ne se soit pas arrêté aux considérations théoriques, mais qu'il ait en fait décrit des mesures précises qui pourraient être prises. Par conséquent, le rapport apporte non seulement une contribution majeure à la théorie de la santé publique, mais il constitue en outre un guide d'action indispensable. Il propose cinq stratégies :

"1. Une stratégie de promotion de la santé destinée à informer, sensibiliser et aider les particuliers et les organismes, afin qu'ils acceptent d'assumer une responsabilité plus grande et de participer plus activement aux activités liées à l'amélioration de la santé mentale et physique.

2. Une stratégie de réglementation destinée à utiliser les pouvoirs réglementaires conférés à l'administration fédérale, pour réduire les risques sanitaires d'ordre physique et mental, et à encourager les provinces à utiliser leurs pouvoirs de réglementation à cette même fin.

3. Une stratégie de recherche conçue pour favoriser la découverte et l'application de connaissances nécessaires à la solution de problèmes de santé physique et mentale.

4. Une stratégie d'efficacité des soins qui a pour but d'aider les provinces à réorganiser le système de distribution des soins pour maladies mentales ou physiques de façon que les éléments - coût, accès et qualité - soient équilibrés au mieux des intérêts des Canadiens.

5. Une stratégie d'établissement d'objectifs qui sera destinée à fixer, en collaboration avec d'autres secteurs, les objectifs nécessaires à l'amélioration tant de la santé mentale et physique des Canadiens que de l'efficacité du système de soins."

Non seulement le rapport proposait-il des stratégies générales, mais il présentait en outre "des actions possibles" pour chacune des stratégies. En tout, 74 interventions précises étaient énumérées dont les suivantes sous la rubrique stratégie d'établissement de buts :

> "L'élaboration de moyens spécifiques destinés à réduire la fréquence des principales causes de maladie et de décès.
>
> L'établissement de délais précis pour la réduction des causes de morbitité et de décès.
>
> L'élaboration de mesures précises en vue d'améliorer le système de distribution des soins, notamment au point de vue coût, accessibilité des soins et rendement des services.
>
> L'établissement de délais précis pour la réalisation de ces mesures."

L'établissement d'objectifs

Curieusement, le gouvernement du Canada n'a pris aucune mesure pour effectuer ces interventions. J'ai employé l'expression "curieusement" parce que le gouvernement du Canada avait jugé bon de lancer le programme national de soins médicaux en subventionnant 50 p. 100 des frais des provinces. Il existait ainsi sûrement un précédent dont on aurait pu s'inspirer pour les services de prévention. De plus, le coût aurait été infime comparativement aux dépenses énormes au titre du programme de soins médicaux.

Quelles que soient les raisons pour lesquelles le gouvernement n'a pas pris de mesures, il n'en demeure pas moins que le rapport a été presque entièrement mis de côté au Canada. Il a toutefois une forte influence sur les travailleurs en santé publique aux États-Unis. Moins de cinq ans plus tard, soit en 1979, le Dr Julius B. Richmond présentait le premier "Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention". Ce rapport, intitulé "Healthy People" (8), résumait les principaux dangers pour la santé qui peuvent être évités et cernait quinze secteurs prioritaires dans lesquels des interventions adéquates permettraient d'améliorer encore la situation au cours de la prochaine décennie. Le rapport énumérait des objectifs nationaux globaux, sous forme de réductions visées au chapitre des taux globaux de décès et du nombre de journées perdues pour cause d'incapacité, pour améliorer l'état de santé des Américains à cinq stades importants de leur vie.

Les objectifs précis suivants étaient fixés :

- Continuer d'améliorer la santé des jeunes enfants et, d'ici 1990, réduire le taux de mortalité infantile d'au moins 35 p. 100 pour qu'il tombe en deçà de neuf décès pour 1000 naissances vivantes.
- Améliorer la santé des enfants, favoriser leur développement optimal et, d'ici 1990, réduire le nombre de décès parmi les enfants de 1 à 14 ans d'au moins 20 p. 100 pour qu'il soit inférieur à 34 pour 100 000 enfants.
- Améliorer l'état de santé et les habitudes favorables à la santé des adolescents et des jeunes adultes et, d'ici 1990, réduire d'au moins 20 p. 100 le nombre de décès dans la catégorie des 15 à 24 ans pour qu'il soit inférieur à 93 pour 100 000 personnes.
- Améliorer l'état de santé des adultes de façon à réduire d'au moins 25 p. 100 le nombre de décès parmi le groupe des 25 à 64 ans d'ici 1990 pour que le nombre de décès soit inférieur à 400 pour 100 000 personnes.
- Améliorer la santé et la qualité de vie des personnes âgées, 65 ans et plus, de façon à réduire de 20 p. 100, ou à moins de 30 jours, d'ici 1990, le nombre annuel moyen de jours d'activité réduite à cause de graves problèmes chroniques.

À l'automne 1980, le ministre de la Santé des États-Unis (Surgeon General) rendait public un deuxième rapport intitulé "Promoting Health/Preventing Disease : Objectives for the Nation" (11) qui définissait les résultats précis et quantifiables qu'il fallait obtenir pour atteindre les objectifs globaux. Des objectifs étaient fixés dans chacun des quinze secteurs prioritaires mis en relief dans le rapport : le contrôle de l'hypertension artérielle, la planification familiale, la grossesse et la santé du jeune enfant, l'immunisation, les maladies transmises sexuellement, le contrôle des agents toxiques, la santé et la sécurité au travail, la prévention des accidents et la diminution des blessures, le traitement au fluor et l'hygiène dentaire, la surveillance et le contrôle des maladies infectieuses, le tabagisme et la santé, l'abus d'alcool et de drogues, l'alimentation, la condition physique et l'exercice, ainsi que le contrôle du stress et des comportements violents.

Des objectifs nationaux spécifiques étaient établis pour chacun des quinze éléments dans les cinq catégories suivantes :

1. L'amélioration de l'état de santé
2. Une diminution des risques
3. Une sensibilisation accrue du public et des professionnels
4. Des services et une protection améliorés
5. Une meilleure surveillance et évaluation.

Malheureusement, les "Objectives for the nation" ont été rendus publics l'année même où Ronald Reagan a été élu président. Dès son entrée en fonction en 1981, le Président, avec l'aide de partisans républicains et démocrates au Congrès, a réduit de 25 p. 100 (en réalité 35 p. 100 à cause de l'inflation) l'aide fédérale versée aux États au titre des programmes de prévention et des autres services de santé communautaire. D'énormes compressions ont touché les budgets de l'Environmental Protection Agency (organisme pour la protection de l'environnement), de l'Occupational Safety and Health Administration (administration responsable de la santé et de la sécurité au travail), des Centers for Disease Control (les centres de contrôle des maladies), du Smoking and Health Program (programme de lutte contre le tabagisme pour améliorer la santé) et de la Consumer Product Safety Commission (commission responsable de la sécurité des produits de consommation). D'importantes restrictions ont eu des effets sur le repas en milieu scolaire, les coupons alimentaires, le programme WIC (femmes, nourrissons et enfants), l'enseignement relatif à l'alimentation et d'autres services de nutrition. On a sabré largement dans Medicaid, Medicare, le National Health Service Corps et l'enseignement professionnel touchant la santé, y compris dans les secteurs de la biostatistique, de l'épidémiologie, de l'administration de la santé, de la santé mentale, ainsi que de la santé et de la sécurité au travail et dans le milieu.

Pour atteindre les objectifs nationaux, il aurait fallu que le gouvernement fédéral verse aux États de grosses subventions destinées à leur aider à mettre en oeuvre un programme de prévention très élargi. Aucune subvention semblable ne fut accordée et il n'en a même jamais été question. On a plutôt grandement réduit les subventions qui existaient déjà, ce qui a entraîné de fortes répercussions sur les services de prévention offerts par les départements de santé locaux et des États.

Quels furent les résultats? En novembre 1986, le Public Health Service (service de santé publique) publiait un document intitulé "The 1990 Health Objectives for the Nation : A Midcourse Review (12)" qui résume la progression des objectifs et évalue les chances d'atteindre ces objectifs en 1990. Les résultats sont inégaux et il y a la fois des succès et des échecs. Le tableau suivant présente les constatations concernant les objectifs précis pour lesquels il existe des données quantitatives.

Succès anticipés	De base	Objectif	Mi-parcours
Nombre de cas de rubéole par année	11 795	1 000	604
Nombre de cas de rubéole congénitale évolutive par année	62	10	0
Nombre de cas de poliomyélite par année	26	10	5
Accidents mortels des enfants au foyer pour 100 000	6	5	5
Nombre annuel de décès causés par un incendie au foyer	5 400	4 500	4 512
Nombre de décès liés à l'alcool au volant pour 100 000	11.5	9.5	9.5
Autres morts accidentelles imputables à l'alcool pour 100 000	7	5	4.3
Décès pour cause de cirrhoses et de maladies chroniques du foie pour 100 000	13.5	12	10.7
Consommation de gallons d'alcool anhydre par habitant	2.71	2.71	2.69

Succès probables	De base	Objectif	Mi-parcours
Mortalité infantile pour 1000 naissances vivantes	14.1	9	10.6
Mortalité néonatale pour 1000 naissances vivantes	9.5	6.5	7.3
Nombre de cas de rougeole par année	13 597	500	2 704
Nombre de cas d'oreillons par année	14 225	1 000	2 886
Pourcentage d'enfants de moins de 2 ans immunisés contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, le rougeole,	70 to 80%	90%	86%
les oreillons, la rubéole et la polio	70 to 80%	90%	74-82%
Pourcentage d'enfants de garderies et d'écoles entièrement immunisés	Environ 90%	95%	88-96%
Nombre de cas de gonorrhée pour 100 000	134	60	99
Décès causés par des accidents d'automobile pour 100 000	23.6	18	19
Enfants décédés à la suite d'accidents d'automobile	9.0	5.5	6.7
Nombre de personnes ébouillantées par l'eau du robinet qui doivent être hospitalisées chaque année	5 400	2 000	3 133
Nombre de cas de tuberculose pour 100 000	13.1	8	9.3
Pourcentage d'adultes qui fument	33.5	25	30.5
Taux de cholestérol sérique moyen, adultes de 18 à 74 ans (1971-1974)	218.5	200	?
(1976-1980)	213		

Échecs probables	De base	Objectif	Mi-parcour
Pourcentage de personnes hypertendues dont on a réussi à contrôler le problème	11	60	24
Grossesses non désirées parmi les jeunes filles de 14 ans et moins	10 772	presque aucune	9 965
Taux de fécondité : 15 ans	14	10	13.
16 ans	31	25	29.
17 ans	51	45	50.
Taux de fécondité des femmes non mariées de 15 à 44 ans	25.7	18	31
Taux de mortalité infantile parmi les Noirs	23.1	12	19.
Taux de mortalité périnatale	15.4	5.5	11.
Taux de décès de la mère pour 100 000 naissances vivantes	9.6	5	8
Noirs	25	5	18.
Blancs	6.4	5	5.
Autochtones	12.1	5	12
Pourcentage de naissances vivantes d'un poids inférieur à 2 500 grammes	7.1	5	6.
Noirs	12.9	9	12
Cas de coqueluche par année	1 623	1 000	3 275
Cas de tétanos par année	81	50	71
Pourcentage de personnes à risque élevé immunisées contre la grippe	18	60	17
Pourcentage des personnes à risque élevé immunisées contre la pneumonie pneumocoque	?	60	9
Cas de syphilis primaire et secondaire pour 100 000	11	7	12
Cas de syphilis congénitale pour 100 000	3.5	1.5	6.
Décès à la suite de chutes pour 100 000	6.2	2	5.
Décès par noyade pour 100 000	2.6	1.5	2.
Pourcentage de la population desservie par des aqueducs communautaires distribuant de l'eau avec fluorures	60	95	61.
Cas d'hépatite B pour 100 000	41	20	69

La situation sur le plan de la santé au Canada

Le Canada a une population qui se trouve relativement en bonne santé. Au cours des années 1970, on a assisté à des améliorations considérables. Le taux de mortalité globale normalisé en fonction de l'âge a baissé de 12 p. 100 en raison d'une diminution de l'ordre de 25 p. 100 des maladies coronariennes et cérébro-vasculaires. Ces chiffres correspondent à peu près à la baisse du taux de décès, rajusté en fonction de l'âge, pour cause de maladies coronariennes au cours de la même période aux États-Unis. Ils sont toutefois inférieurs à la chute de quelque 35 p. 100 des maladies cérébro-vasculaires aux États-Unis, mais le phénomène s'explique par l'effet d'une campagne efficace, quoique relativement modeste, de contrôle de l'hypertension artérielle menée par le service de santé publique des États-Unis au cours des années 1970.

Contrairement aux autres formes de cancer, le cancer du poumon est en hausse au Canada et à un rythme alarmant parmi les femmes, puisque pour ces dernières le taux a doublé en neuf ans. La bronchopneumopathie chronique obstructive, une autre importante cause de mortalité liée surtout à la cigarette, est également en progression parmi les femmes. L'incidence des cirrhoses du foie, qui sont surtout le résultat d'une grande consommation d'alcool, a augmenté de 31 p. 100 parmi les hommes et de 21 p. 100 parmi les femmes au cours des années 1970. Les décès de causes non naturelles, soit les accidents, les empoisonnements, les suicides et les homicides, ont légèrement régressé, mais leur nombre est toujours considérable.

Or il est possible de prévenir toutes ces maladies. Quinze année se sont écoulées depuis la publication du rapport Lalonde et il est grandement temps de prendre de mesures concrètes. Il serait éminemment souhaitable que le Canada couronne la démarche en fixant dès maintenant des objectifs comme le prône le rapport Lalonde, notamment les objectifs ci-dessous à l'égard des principales causes de décès, d'incapacité et de maladie. Le Canada pourrait adopter comme but une réduction des taux de mortalité d'ici l'an 2000 dans les proportions suivantes par rapport à 1988 :

L'insuffisance coronarienne	de 40 p. 100
Les maladies cérébro-vasculaires	de 50 p. 100
Le cancer	de 10 p. 100
La bronchopneumopathie chronique obstructive	de 15 p. 100
Les accidents, les empoisonnements et la violence	de 20 p. 100
Les cirrhoses du foie	de 20 p. 100

Ces objectifs sont réalistes. Même en l'absence d'une campagne de santé publique concertée, le taux de décès rajusté en fonction de l'âge pour cause de maladies coronariennes et cérébro-vasculaires a chuté de 25 p. 100 en neuf ans. Les autres objectifs sont également assez modestes eu égard à l'efficacité des mesures de prévention que nous pouvons mettre en oeuvre.

Les objectifs proposés ne sont pas limités à la mortalité, ils sont tout aussi valables pour la morbidité, c'est-à-dire les maladies et les incapacités. La diminution de quelque 25 p. 100 du taux de décès rajusté en fonction de l'âge pour les maladies cérébro-vasculaires n'est pas le résultat d'une amélioration du traitement de ces maladies entre 1970 et 1979, parce qu'il n'y a eu aucune amélioration de la sorte. Manifestement, la cause de la baisse est une sensibilisation accrue du public et des professionnels qui s'est traduite par un meilleur recensement des cas d'hypertension, un recours accru aux médicaments antihypertenseurs ainsi qu'un traitement et un contrôle plus efficaces de l'hypertension. Cette formule, qui est de la prévention primaire des maladies cérébro-vasculaires, a permis de réduire non seulement le nombre de décès, mais également la fréquence de la maladie.

La prévention primaire était également le principal facteur responsable d'une régression de l'ordre de quelque 25 p. 100 du taux de mortalité rajusté en fonction de l'âge pour insuffisance coronarienne au cours des années 70. Compte tenu du fait qu'entre 60 et 67 p. 100 des décès imputables à un infarctus du myocarde surviennent à l'extérieur de l'hôpital et qu'on a constaté que l'amélioration de la thérapie médicale et chirurgicale n'a eu qu'un effet modéré sur les chances de survie, on ne peut affirmer que le traitement constitue un facteur déterminant de cette baisse. Au contraire, tout indique que cette baisse sans précédent s'explique surtout par des changements au niveau du facteur de risque.

Au cours de la prochaine période, nous réduirons la mortalité causée non seulement par les maladies cérébro-vasculaires et les infarctus du myocarde, mais également par les accidents, les empoisonnements et la violence, les cancers du foie et autres associés au tabac, à l'alcool et à la présence d'autres matières cancérigènes dans l'environnement et en milieu de travail, les cirrhoses du foie, les maladies chroniques du foie causées par la cigarette et les produits auxquels sont exposés les mineurs, les travailleurs du textile et du secteur des céréales ainsi que d'autres personnes qui respirent beaucoup de poussière nocive. Nous veillerons également à lutter efficacement pour réduire le taux de mortalité pour diverses autres maladies causées par des produits chimiques toxiques ou des dangers dans le milieu ou au travail. La prévention primaire permettra de remporter ces victoires en utilisant des méthodes qui, contrairement aux soins médicaux, réduiront à la fois la fréquence et le taux de mortalité. En outre, nous exploiterons efficacement les programmes de dépistage du cancer du cerveau et du sein avant que les symptômes n'apparaissent de manière à prévenir à la fois les maladies et la mort.

La mise en oeuvre de ces mesures préventives vise non seulement à améliorer l'état de santé des Canadiens, mais également à établir une certaine justice en matière de santé. Le programme canadien d'assurance-santé avait comme objectif d'assurer l'équité sur le plan des soins médicaux et cette volonté doit également inspirer la démarche pour atteindre l'objectif encore plus fondamental d'une amélioration de l'état de santé. Il existe, tant au Canada qu'aux États-Unis, des preuves qui démontrent qu'une modification du mode de vie donne de meilleurs résultats à l'égard des groupes dont le niveau d'éducation est plus élevé. Les données canadiennes relatives au tabagisme illustrent le phénomène de façon frappante. Le tableau ci-dessous nous apprend que le plus grand nombre de personnes ayant cessé de fumer se retrouve dans le groupe dont le niveau d'éducation est le plus élevé. Il est donc indispensable qu'aucun effort ne soit ménagé pour atteindre les groupes qui ont un niveau d'éducation moins élevé, puisque ces groupes constituent la majorité de la population canadienne. Il faudra qu'il en soit ainsi si l'on veut vraiment que la déclaration Alma-Ata de l'Organisation mondiale de la santé, intitulée "Santé pour tous d'ici l'an 2000" et dont le Canada est signataire, remplisse ses promesses pour tous les Canadiens.

Pour cela, tous les services locaux de santé ainsi que les ministères provinciaux et nationaux devront mener une campagne soutenue en ce sens et disposer des ressources financières requises à cette fin. Dans ce cas-ci, on entend par l'expression "ressources financières requises" juste une petite fraction des nombreux milliards de dollars que le Canada consacre à l'heure actuelle au traitement de maladies qu'il est possible de prévenir. Il ne manque que la volonté politique d'atteindre les objectifs en question.

Ventilation des fumeurs réguliers de cigarettes au Canada d'après le sexe et le niveau d'éducation en 1977 et 1981

Niveau d'éducation	Pourcentage de la population totale Hommes	Femmes	Pourcentage de fumeurs de cigarettes Hommes 1981	1977	Femmes 1981	% de changement
Élémentaire	22.1	20.9	41.7	25.4	24.3	-4
Certaines études secondaires	49.8	54.0	39.5	34.4	33.5	-3
Certaines études postsecondaires	8.6	7.4	29.0	28.7	26.3	-8
Certificat ou diplôme d'études postsecondaires	8.7	11.1	33.1	32.6	24.5	-25
Diplôme universitaire	10.8	6.5	22.3	26.3	15.5	-41
Total	100.0	99.9	36.7	31.1	28.9	-7

Adapté par M.J. Ashley en utilisant les données de Santé et Bien-être social Canada pour 1979 et 1983.

LES PERSPECTIVES CANADIENNES

À la Conférence internationale pour la promotion de la santé, tenue en novembre 1986 à Ottawa, le ministre canadien de Santé nationale et Bien-être social mettait l'accent sur trois principales stratégies de promotion de la santé : la stimulation de la participation du public, l'amélioration des services de santé communautaire, et la coordination de politiques publiques favorisant la santé. Il a ajouté :

> "Les services de santé communautaire jouent déjà un rôle indispensable dans la conservation de la santé. Nous croyons que ce rôle devrait être élargi et orienté expressément vers la promotion de la santé et la prévention de la maladie. Nous reconnaissons par ailleurs que pour ajuster le système actuel de façon à confier plus de responsabilités aux services communautaires, il faudrait leur allouer une plus grande part des ressources." (13)

Dans sa conclusion, toutefois, le Ministre semblait revenir sur son engagement d'"allouer une plus grande part des ressources aux services communautaires" puisqu'il affirmait :

> "Nous sommes conscients de l'existence de certains dilemmes inhérents à la promotion de la santé ...
> En second lieu, vient le problème de l'octroi de ressources en période de restrictions économiques. Trouver des fonds est évidemment une question cruciale pour chacun de nous." (13)

En autant que je sache, le gouvernement du Canada a jusqu'à présent non seulement négligé d'élaborer une stratégie nationale destinée à améliorer les services de santé communautaires axés sur la promotion de la santé et la prévention des maladies, mais il n'a en outre prévu aucun programme fédéral de versement de subventions aux provinces à cette fin. Je crains que nous n'assistions à une nouvelle mise au rancart comme se fut le cas avec le rapport Lalonde de 1974. Le gouvernement actuel procède apparemment de la même manière en ne fournissant toujours pas l'aide financière indispensable à la promotion de la santé et à la prévention des maladies.

Aux États-Unis, l'Association of State and Territorial Health Officials (ASTHO), avec l'appui d'autres organisations importantes du secteur de la santé, a demandé au Congrès d'adopter une loi nationale sur les objectifs touchant la santé. La loi en question prévoit le versement d'une aide fédérale aux ministères de la Santé des États afin que s'effectue un effort national concerté en vue d'atteindre les objectifs nationaux relatifs à la santé en l'an 2000. L'ASTHO recommande des subventions initiales de 4 dollars par personne ou un montant total d'un milliard de dollars pour une population que devrait s'établir à quelque 250 000 000 habitants en l'an 1990. En 1987, seulement 3 p. 100 de l'ensemble des dépenses nationales au titre de la santé, qui s'élevaient à quelque 500 milliards de dollars, ont été consacrées aux programmes gouvernementaux de santé publique tandis que les soins médicaux obtenaient 94 p. 100 des dépenses. La proposition de l'ASTHO se traduirait par une augmentation inférieure à un cinquième d'un pour cent des dépenses totales dans le secteur de la santé aux États-Unis.

En 1987, le coût des soins médicaux aux États-Unis s'établissait à quelque 1 900 dollars par habitant. Au Canada, il était inférieur dans une proportion évaluée à 20 p. 100. C'est donc dire qu'il était de l'ordre d'environ 1 500 dollars US par habitant. Pour une population de quelque 26 millions de Canadiens en 1987, les dépenses totales au titre des soins médicaux ont atteint environ 40 milliards de dollars américains ou 50 milliards de dollars canadiens. Des subventions fédérales initiales aux provinces de 4 dollars US (5 dollars CAN) par habitant afin d'atteindre les objectifs canadiens en matière de santé en l'an 2000 coûteraient moins de 150 millions de dollars canadiens si l'on suppose que le Canada comptera moins de 30 millions d'habitant en 1990. Étant donné que les dépenses du régime canadien de soins médicaux seront,en 1990, certainement supérieures à celles qu'on avait prévues pour 1987, soit 50 milliards de dollars, les dépenses initiales favorisant la promotion de la santé et de la prévention des maladies correspondraient à moins de trois dixièmes d'un pour cent des dépenses totales dans le secteur des soins médicaux.

Le Canada a-t-il les moyens d'affecter des sommes initiales aussi infimes à la promotion de la santé et à la prévention des maladies? Il faut évidemment répondre par l'affirmative. De fait, les dividendes seront supérieurs aux dépenses et ces dernières entraîneront une diminution marquée de la morbidité et de la nécessité d'injecter des ressources dans les soins médicaux.

D'où ces fonds initiaux doivent-ils provenir? Je propose que nous puisions dans le budget des soins médicaux où leur absence se fera peu sentir. Je propose en outre qu'on les investisse presque entièrement dans la prévention des maladies parce que cette démarche est beaucoup moins coûteuse que la promotion de la santé et qu'elle aura rapidement pour résultat de réduire les maladies et, par le fait même, les dépenses médicales.

L'affectation de ressources financières aux fins de la promotion de la santé, notamment au chapitre de l'habitation, de l'éducation, de l'emploi, du revenu adéquat, de l'alimentation, et de l'amélioration des possibilités de loisirs et d'épanouissement culturel, exige que soient radicalement modifiées les priorités gouvernementales en matière de dépenses. Je propose que les ressources indispensables pour la promotion de la santé proviennent des deux sources suivantes :

1. Le budget des soins médicaux

Le régime canadien de soins médicaux repose sur le principe d'honoraires à l'acte versés aux médecins. Des études tant canadiennes qu'américaines ont démontré hors de tout doute que cette formule de paiement provoque un recours excessif aux chirurgies et autres interventions médicales, drainant ainsi inutilement des ressources nationales. Les frais d'hospitalisation et le coût d'ensemble des régimes reposant sur le principe de cabinets salariés et de centres de santé communautaires sont inférieurs aux frais des programmes comportant des honoraires à l'acte dans des proportions respectives de 40 p. 100 et 25 p. 100 tandis que leurs résultats sur le plan de la santé sont comparables ou supérieurs. Si le régime canadien de soins médicaux devait entièrement passer dès demain de la médecine individuelle rémunérée à l'acte à un système de centres de santé communautaire et d'organisations de services de santé, le budget des soins médicaux tomberait de 50 milliards de dollars à moins de 40 milliards de dollars, ce qui donnerait une économie annuelle d'au moins 10 milliards de dollars. Il est vraiment temps que le gouvernement du Canada mette en oeuvre la "stratégie d'efficacité des soins" (du rapport Lalonde) qui a pour but d'aider les provinces à réorganiser le système de distribution des soins pour maladies mentales ou physiques de façon que les éléments - coût, accès et qualité - soient équilibrés au mieux des intérêts des Canadiens."

2. Le budget militaire

En 1986-1987, le budget militaire absorbait 8,4 p. 100 (ou environ 10 milliards de dollars) de l'ensemble des dépenses du Canada qui s'élevaient à 117 milliards.

C'est également en 1987 qu'avait lieu la conférence mondiale des travailleurs de la santé qui portait sur le mieux-être sur le plan social, la santé et la paix. Cette conférence a réuni 121 participants de 50 pays. Ces participants représentaient 53 syndicats des travailleurs de la santé, 12 associations de santé publique, y compris l'Association canadienne de la santé publique et l'American Public Health Association, 13 organisations professionnelles, 4 autres organisations nationales de la santé et 12 organisations internationales et régionales. La conférence a adopté la déclaration des travailleurs de la santé sur la course aux armements et la menace d'une guerre nucléaire (14)

dans laquelle on retrouve l'affirmation que la course aux armements s'est traduite par des compressions considérables touchant les services de santé, l'éducation, l'alimentation et tous les autres secteurs de services sociaux. Il y était en outre dit que les maladies mortelles continuent de détruire et d'estropier nos enfants, des femmes et des hommes en raison de l'absence d'un approvisionnement en eau de qualité et d'installations sanitaires, parce que les gens n'ont pas accès à des services médicaux, parce qu'ils sont affamés et sous-alimentés, parce qu'ils pauvres et analphabètes et parce qu'ils ne connaissent pas grand-chose à l'hygiène personnelle.

Les recommandations de la conférence comportaient une déclaration en vertu de laquelle les participants donnaient un appui sans réserve à la recommandation de l'Assemblée générale des Nations Unies visant une réduction des budgets militaires des membres permanents du Conseil de sécurité de l'ordre de 10 p. 100 et l'affectation de 10 p. 100 de la somme ainsi économisée pour venir en aide aux pays en voie de développement.

Une des conséquences de la conférence fut la création d'un conseil mondial des organisations de travailleurs de la santé pour le mieux-être sur le plan social, la santé et la paix. En janvier de l'année en cours, le comité international de coordination du conseil mondial décidait d'étendre la recommandation à tous les pays du monde. Chacun d'entre eux sera encouragé à réduire son budget militaire dans une proportion de 10 p. 100 tandis qu'on demandera aux pays industrialisés de consacrer 10 p. 100 des sommes ainsi économisées pour venir en aide aux pays en voie de développement. Si le gouvernement du Canada acceptait cette recommandation, 900 millions de dollars pourraient servir à financer la promotion de la santé au pays. En combinant cette somme aux économies découlant de la réorganisation du régime canadien de soins médicaux, le Canada pourrait prendre des milliards de dollars consacrés essentiellement à des fins non productives, telles que les chirurgies et autres interventions médicales superflues ainsi que les dépenses militaires excessives, pour les réaffecter à des programmes productifs de promotion de la santé et de prévention des maladies afin d'améliorer les conditions de vie de l'ensemble des Canadiens et leur assurer un meilleur avenir.

BIBLIOGRAPHIE

1. Gebbie, K. "Impact of Cutbacks: Alternatives Futures in Public Nursing," J.Pub. Health Policy 7 (1986): 21-27.

2. Fox, D.M. Health Policies, Health Politics: The British and American Experience, 1911-1965. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1986, p. 63 et 64.

3. Richard G. Wilkinson, éditeur. Class and Health: Research and Longitudinal Data. London et New York: Tavistock Publications, 1986, p.14.

4. Wilkins, R., and Adams, O.B. "Health Expectency in Canada, Late 1970s; Demographic, Regional and Social Dimensions," Am. J. Pub. Health 73 (1983): 1073-80.

5. Winslow, C.-E.A. The Evolution and Significance of the Modern Public Health Campaign. New Haven: Yale University Press, 1923, p. 1.

6. Hiscock, I.V. "Public Health at Yale," Yale J. Biology and Med. 19 (1947): 393-98.

7. Lalonde, M. A New Perspective on the Health of Canadians/Nouvelle perspective de la santé des Canadiens. Ottawa: Ministère de la Santé nationale du Bien-être social, 1974.

8. U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service. Healthy People: The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1979.

9. Epp, J. "National Strategies for Health Promotion," Revue canadienne de santé publique 77 (1986): 243-48.

10. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Ottawa: Association canadienne de santé publique, 1986.

11. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service. Promoting Health / Preventing Disease: Objectives for the Nation. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1980.

12. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service. The 1990 Health Objectives for the Nation: A Midcourse Review. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1986.

13. Epp, J. "La santé pour tous : Plan d'ensemble pour la promotion de la santé", ministère des Approvisionnements et Services, 1986, p. 10 à 13.

14. World Conference of Health Workers on Social Well-Being, Health and Peace, Moscou, du 29 mai au 1er juin 1987. "The Health Workers' Declaration on the Arms Race and the Threat of Nuclear War," J.Public Health Policy 8(1987): 251-53.